

**ANMÄRKNING SOM GÄLLER VÅRD ELLER BEMÖTANDE AV PATIENT
inom den privata hälso- och sjukvården på Åland**

Ankomstdatum

Patientens personuppgifter

Namn:	Personbeteckning:
Adress:	Telefonnummer:

Orsak till anmärkningen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vård, undersökning eller behandling | <input type="checkbox"/> missnöje med tillgång till information |
| <input type="checkbox"/> misstanke om felbehandling | <input type="checkbox"/> läkemedelsbehandling, recept |
| <input type="checkbox"/> missnöje med journalanteckning | <input type="checkbox"/> sekretessförseelse |
| <input type="checkbox"/> intyg och utlåtande | <input type="checkbox"/> personalens beteende eller annat som berör bemötande |
| <input type="checkbox"/> annat, vad | |

Detaljerad beskrivning av anmärkningen (använd vid behov särskild bilaga)

Förslag till åtgärder

Datering och underskrift

Underskrift:	Datum:
Namnförtydligande:	Kontaktuppgifter (om annat än ovan):

ALLMÄNT

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter har patienten rätt att göra en anmärkning gällande sin vård eller personalens bemötande till ansvariga vid Ålands hälso- och sjukvård. Anmärkningen ska behandlas inom skälig tid.

Ändring i beslut, genom vilket en anmärkning har avgjorts, får inte sökas genom besvär (15 § i lagen om patientens ställning och rättigheter).

Anmärkningen begränsar inte patientens klagorätt hos andra tillsynsmyndigheter.

INSTRUKTIONER FÖR IFYLLANDE AV BLANKETTEN

Personuppgifter

Personens namn, vars vård eller brister i bemötande av, anmärkningen gäller. Om patienten har en vårdnadshavare eller intressebevakare skrivs dennes namn och kontaktuppgifter i blanketten under "underskrift – kontaktuppgifter".

Anmärkningen gäller

Fyll i för vilket område anmärkningen gäller, kan beröra flera områden.

Beskrivning av anmärkningen

Beskriv händelsen som förorsakat olägenheten så detaljerat som möjligt. Notera tidpunkt, vem/vilka som berörs, eventuella frågeställningar och motiveringar till det skedda. Bifoga separat bilaga eller använd blankettens baksida om det behövs.

Förslag till eventuella åtgärder

Ge gärna förslag till åtgärder eller lösningar.

Anmärkningen skickas till

Chefen som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamheten.

Patientombudsmannen

Patientombudsmannen ger information om patientens rättigheter och hjälper vid behov med att göra anmärkningen.

Kontaktuppgifter

Tel: 018 25000* eller 018 25267

E-post: patientombud@ombudsman.ax

Besöksadress: Elverksgatan 10, kvarteret iTiden, Mariehamn